



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

RUA PLACÍDIO LEITE Nº 148 CENTRO CÍVICO FONE/FAX (0xx43) 3512-3000  
CNPJ Nº 75.658.377/0001-31 ARAPOTI - PARANÁ

## ANEXO VII

### PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N.º 01/2022

### LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome completo: _____
RG: _____ UF: _____ CPF: _____
Data de nascimento: ____/____/____
Tipo de deficiência: _____
Código do CID: _____
Limitações funcionais: _____
Função pretendida pelo candidato: _____ _____ _____
Descrever cargo escolhido para o PSS.
<b>PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA:</b>
De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é: (     ) COMPATÍVEL para exercer a função de _____ (     ) INCOMPATÍVEL para exercer a função de _____
_____ Médico Examinador
_____ Assinatura do candidato
Local: _____ Data: _____ de _____ de 2022